

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ARAIBIS DAVILA SUAREZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E/OU CONTROLAR DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO PSF JOÃO ZACARIAS NO  
MUNICÍPIO SÃO MIGUEL DOS CAMPOS/AL**

**MACEIÓ - AL**

**2015**

**ARAIBIS DAVILA SUAREZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E/OU CONTROLAR DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO PSF JOÃO ZACARIAS NO  
MUNICÍPIO SÃO MIGUEL DOS CAMPOS/AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**MACEIÓ - AL**

**2015**

**ARAIBIS DAVILA SUAREZ**

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENIR E/OU CONTROLAR DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO PSF JOAO ZACARIAS NO  
MUNICÍPIO SÃO MIGUEL DOS CAMPOS/AL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Especialização em Estratégia Saúde da  
Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para  
obtenção do título de Especialista.

**Orientador:** Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

**Banca Examinadora:**

Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Dra. Márcia Bascos Rezende (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte, em 19/08/2015

## **DEDICATÓRIA**

À equipe de saúde, que compartilhou comigo a realização deste trabalho.

Aos meus filhos que são minha fonte de inspiração meu marido minha mãe, que  
ainda na distância, são minha força.

## **AGRADECIMENTOS**

À todas as pessoas que de uma forma ou de outra deram seu apoio para que este trabalho fosse feito

"A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nós acostumamos a ver o mundo"

***Albert Einstein***

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações e descompensações dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na comunidade. O sistema de referência e contra-referência é um dos pontos importantes para viabilizar o atendimento dos pacientes com descompensações que são deficientes em todas as unidades do território. Este estudo objetivou elaborar um plano de ação para prevenir e diminuir a prevalência das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na UBS - João Zacarias no Município São Miguel dos Campos/AL. Através de um diagnóstico situacional, feito previamente, pelo método da Estimativa Rápida e dos dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e além disso, dados secundários do SIAB, conheceu-se bem a área de abrangência a ser estudada. Foi realizada uma revisão da literatura na base de dados SciELO, com os descritores da hipertensão arterial e no programa do Ministério da Saúde, tendo como critério de inclusão os artigos em português e publicados entre os anos de 2003 e 2013. Para o desenvolvimento do plano de ação utilizamos o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) o qual é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar na qualidade de vida da população atendida e os resultados das ações implementadas para garantir a qualidade de seu trabalho. O estudo mostrou a necessidade de garantir a acessibilidade e eficiente acompanhamento dos pacientes com cumprimento das referências e contra referências para melhorar o estado de saúde da população.

**Descritores:** Hipertensão arterial, Referência e Contrarreferência

## ABSTRACT

The Hypertension is the most common cardiovascular disease. It is also the main risk factor for complications and decompensation of patients with chronic diseases in the community. The system of reference and counter-reference and one of the important points to facilitate the care of patients with decompensation who are deficient in all units of the territory. This study aimed to draw up a proposal for intervention to prevent and reduce the prevalence of decompensation of Chronic Noncommunicable Diseases in the UBS - John Zacharias in the city São Miguel dos Campos / AL. Through a situational diagnosis made previously by the method of the Flash Estimate and data contributed by community health workers and in addition, secondary data of the SIAB, was known well the coverage area to be estudada.foi conducted a literature review the database in scielo, with descriptors of hypertension and the health ministry program, with the inclusion criteria the articles in Portuguese and published between the years 2003 and 2013.For the development of the action plan we use the method of Situational Strategic Planning (PES) which is viable in the context of our health team of the family, can influence the population served quality of life. the results of actions taken to ensure the quality of their work.The study showed the need to ensure the accessibility and efficient follow-up of patients with fulfillment of references and counter references to improve the health status of the population.

**Keywords:** Hypertension, Reference and Contrareferencia

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Contexto Geral.....	9
1.2 Diagnóstico Situacional.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo Geral .....	15
3.2 Objetivos Específicos .....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LA LITERATURA.....	17
5.1 A doença .....	17
5.2 Epidemiologia .....	18
5.3 Formas de prevenção .....	19
5.4 Tratamento .....	21
6 PLANO DE AÇÃO.....	23
6.1 Identificação dos problemas da comunidade.....	23
6.2 Priorização dos problemas.....	23
6.3 Descrição do problema .....	24
6.4 Explicação do problema .....	24
6.5 Seleção dos nós críticos.....	25
6.6 Gestão do plano .....	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	34
REFERÊNCIAS .....	36

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) bem conhecida como a assassina silenciosa ou a dançarina dos quatro salões, supõe uma importante alteração do estado de saúde, que como doença ou fator de risco, compromete a qualidade de vida de todas as pessoas do mundo. É uma doença muito frequente no Brasil, constituindo-se como um importante problema de saúde pública. É um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por Acidente Cerebro Vascular e 25% das mortes por doença arterial coronariana. Esta doença tem uma alta prevalência entre as pessoas idosas e é um fator determinante de morbidade e mortalidade, podendo ocasionar complicações, limitações funcionais e incapacidades, o que exige a correta identificação do problema e a apropriada abordagem terapêutica (CIPULLO *et al.*, 2010).

Vários estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da HAS para a redução da morbimortalidade cardiovascular. Desta forma as elevadas taxas de morbimortalidade cardiovascular em países de industrialização recente parecem depender de modo importante da elevada prevalência de Hipertensão nesses países (COSTA *et al.*, 2009).

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica de elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações, e com grande impacto na morbidade brasileira e do mundo. A prevalência mundial estimada é da ordem de 1 bilhão de indivíduos hipertensos sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos a esta patologia (CHOBANIAN *et al.*, 2003). Estima-se que a HAS atinja 30% da população mundial com tendência de elevação com o avançar da idade. A prevalência da hipertensão é maior em países desenvolvidos do que em países em desenvolvimento, mas a grande massa populacional em países em desenvolvimento tem contribuído de forma significativa para o número total de indivíduos hipertensos no mundo todo. Estima-se que por volta de 2025, 1,5 bilhões de pessoas serão hipertensos (FERREIRA *et al.*, 2009).

Atualmente a prevalência média mundial estimada de hipertensão é de 26,4%, com uma ampla variação, dependendo da população estudada, atingindo 33,5 a 39,7 % nos países europeus, 15 a 21,7% nos países africanos, asiáticos e

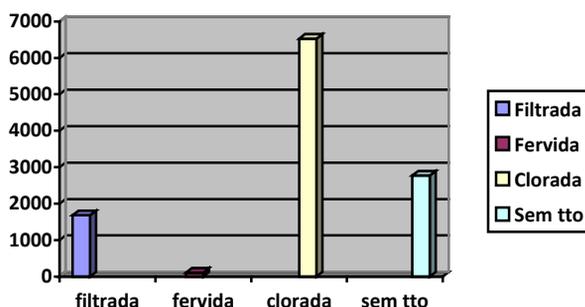
norte americano. Destes, em torno de 70% tem conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais (JARDIM, 2007).

O município São Miguel dos Campos abarca uma área de 360,846 km<sup>2</sup> (2,37% de AL), localizado na região sudeste do Estado de Alagoas, limitando-se a norte com os municípios de Boca da Mata e Pilar, a sul com Coruripe, a leste com o Oceano Atlântico, Roteiro, Barra de São Miguel e Marechal Deodoro e a oeste com Campo Alegre e Teotônio Vilela. Conta com uma população de 42685 habitantes. Seu nome foi dado pela expedição comandada por Gonçalves Coelho, que transpôs a barra do Rio São Miguel no dia 29 de setembro, dia de São Miguel Arcanjo. Foi acrescentado “dos Campos”, por pertencer a Campos dos Arrozais dos Inhaúns, atual Anadia. A padroeira é Nossa Senhora do Ó. Por ser um polo regional, São Miguel dos Campos recebe diariamente, mas principalmente às segundas-feiras, dia da famosa "Feira de São Miguel" centenas de pessoas das outras cidades da região. Sua economia baseia-se no petróleo, gás natural, agricultura canavieira, pecuária e indústria açucareira e de cimento. Possui várias lojas de grifes famosas, lojas de varejo como Insinuante, Guido entre outras. No setor de gêneros alimentícios o destaque é a Rede Uni Compra que possui ampla loja que atende não só São Miguel. O município conta com, aproximadamente, 11081 domicílios e famílias, com uma taxa de Urbanização: 27.185 pessoas, e uma renda média familiar de R\$630,00 . Há um predomínio das famílias atendidas com abastecimento de água pela rede pública (10.321), seguido das famílias atendidas com abastecimento de água pelo poço-nascente 648. Em quanto ao tratamento da água, 1681 famílias consomem água filtrada, 105 fervida, 6526 clorada e 2769 sem tratamento.

**Quadro 1:** Abastecimento da água das famílias

<b>Abastecimento de água</b>	<b>Rede pública</b>	<b>Poço ou nascente</b>	<b>Outros</b>	<b>Total</b>
<b>Famílias</b>	10321	648	112	11081
<b>%</b>	93,14	5,84	1,01	100

**Fonte:** SIAB (2013).

**Gráfico1:** Tratamento de água consumida pelas famílias

Fonte: SIAB (2013).

A maioria das famílias (10439) conta com coleta pública de lixo.

**Quadro 2:** Destino das fezes e urina das famílias

Destino	Total de famílias	Porcentagem
<b>Esgoto</b>	6857	61.8
<b>Fossa</b>	2877	25.9
<b>Céu Aberto</b>	647	5.8
<b>Outros</b>	700	6.3
<b>Total</b>	11081	100

Fonte: SIAB (2013).

Há vários anos o município São Miguel dos Campos adotou a Estratégia de Saúde de Família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 15 equipes entre a zona urbana e a zona rural cobrindo um 93% da população. O município conta com um hospital, laboratórios, e 15 postos de saúde. O modelo de atenção predominante que se está desenvolvendo no município agora é o SUS, concebido como um Sistema Nacional e Público de Saúde. Contamos em nosso

município com Núcleo de apoio à saúde da família, com profissionais de muito apoio.

A forma de organização do sistema de saúde o município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação entre os diferentes níveis, ainda que o sistema de referência e contra referência é deficiente em todas as unidades do território, tanto do hospital de nosso município como das unidades de Maceió.

A população vive em um território sanitário singular, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações.

Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam no mesmo município e na capital do estado (Maceió).

As principais causas de morbidade e mortalidade são doenças do aparelho circulatório, neoplasia, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, doenças respiratórias e causas externas.

Existe 01 agência do Banco do Brasil, 01 do Bradesco e 01 da Caixa Econômica Federal, além de 02 agências dos Correios no município. Como opções culturais e de lazer, destacam-se: 03 estações repetidoras de TV, 01 estação de rádio FM, 03 jornais diários e 01 ginásio poliesportivo. A justiça dispõe de juizado de pequenas causas, sede de comarca, juízes designados e conselho tutelar. O município oferece incentivo para atração de atividades econômicas e possui programa de geração de emprego e renda. A infraestrutura urbana indica 80% das vias pavimentadas e 90% iluminadas.

Outros recursos da comunidade: Igrejas Católicas e Assembleias de Deus, escolas, creches.

O posto de saúde João Zacarias está inserido na parte alta do município de São Miguel dos Campos, prestando serviço a 3217 habitantes.

## 2 JUSTIFICATIVA

Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus constituem um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, e associada a elevada morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso,

A HAS é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) e síndrome com manifestações próprias e características peculiares. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI) conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais". Ainda de acordo com essas mesmas diretrizes são considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90 mm Hg (Tabela 1) enquanto que para o "Guideline" Europeu de Hipertensão de 2013, a classificação dos indivíduos com hipertensão. Nas DBH VI e Guideline Europeu os grupos identificados, respectivamente, como "Limítrofes" e "Normal Alto", assim foram definidos.

Fuch (2004, p. 641-56) afirma que:

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente.

A HAS tem uma prevalência no Brasil entre 22% a 44% na população com 18 anos ou mais. Em Porto Alegre a prevalência da HAS é de 26%, sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV), que são a maior causa de mortalidade no Brasil (27%) e no mundo ocidental. A HAS é o problema de saúde mais frequente de consulta médica, representando 17% das consultas realizadas no Sistema de saúde comunitário. No que diz respeito à transcendência, a HAS tem sido a principal causa de infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC) e outros agravos importantes, inclusive a

própria morte. Outro fato que demonstra a gravidade da HAS é o seu curso silencioso, o que implica no atraso do início do tratamento, podendo levar a desfechos desfavoráveis. No tocante à vulnerabilidade, entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária.

Lima e Costa (2000, p. 23-24) afirmam que:

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos.

Nas consultas que foram feitas, as principais causas de aparecimento das descompensações das DCNT e suas complicações, foram baseadas nos fatores de risco e nas ações necessárias quanto ao correto controle.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de descompensações dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na comunidade, e pelos riscos de complicações aumentados e sua consequência ou seja estas são as motivações que tive para escolher este tema.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, por tanto, a proposta é viável.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivos Gerais**

Elaborar um plano de ação para prevenir e/ou diminuir a prevalência das descompensações das doenças crônicas não-transmissíveis em pacientes do PSF João Zacarias, no município São Miguel dos Campos/AL.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os fatores de risco e determinantes das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em pacientes do PSF João Zacarias no município São Miguel dos Campos/AL;
- Definir estratégias para o controle e seguimento das descompensações das doenças crônicas;
- Mostrar a importância da referência e contra-referência no atendimento das descompensações das Doenças não transmissíveis do PSF João Zacarias no município São Miguel dos Campos.

## 4 METODOLOGIA

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico situacional, através do método da Estimativa Rápida, para identificar os problemas relativos no PSF João Zacarias, Obtendo também informações dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF, os dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e, além disso, serão utilizados dados Sistema de atenção básica.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado. Constitui-se de livros, dissertações, teses, artigos científicos, periódicos, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) do *Scientific Electronic Library Online Scielo*, Lilacs, Google Acadêmico, e Programas do Ministério da Saúde. Buscou-se por artigos publicados em língua portuguesa, no período de 2003 e 2013 e que tivessem relação como o tema proposto de hipertensão arterial, protocolo de atendimento da hipertensão arterial, prevalência da hipertensão.

Para a criação e implantação do plano de ação proposto seguiu-se o modelo Planejamento Estratégico Situacional, instituído pela Universidade Federal de Minas Gerais, para a formulação e implementação da proposta de intervenção. O qual irá prevenir e diminuir a prevalência das descompensações das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em pacientes da UBS João Zacarias, do município São Miguel dos Campos/AL e promover as referências e contra-referências para melhores atendimentos dos pacientes de nossa área de abrangência e assim diminuir as complicações dos pacientes atendidos.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 A Doença

A hipertensão arterial sistêmica (HTA) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2006(a)).

Como a pressão arterial é considerada uma variável contínua, um dos aspectos desafiadores e decisivos é o limite entre os valores normal e anormal (SILVA *et al.*, 2001). Atualmente os valores que caracterizam a hipertensão arterial para indivíduos acima de 18 anos são aqueles iguais ou superiores a 140 mm/Hg, para pressão sistólica e ou iguais ou superiores a 90 mm/Hg para pressão diastólica (TOLEDO, 2007).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI (DBH VI) conceituam HAS como "uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais". Ainda de acordo com essas mesmas diretrizes são considerados portadores de HAS indivíduos com PA igual ou superior a 140 x 90mmhg.

Segundo a OMS o Brasil possui um dos piores indicadores de perda de anos de vida saudáveis em comparação com outros países do mundo; perda esta atribuível à carga de cada doença, aos anos vividos com morbidade, à média do tempo de cura e a média do tempo vivido até a morte causada pela doença analisada. As doenças que mais contribuem no país para esta perda são os cânceres, as doenças cardiovasculares e as doenças cerebrovasculares. Assim, estima-se que para as crianças nascidas no país em 2003 haverá uma perda de 13,5 anos de vida para os homens e de 11,1 anos para as mulheres (MARTINS, 2008).

As mudanças nos padrões de morbimortalidade, evidenciadas pela redução de mortalidade por doenças infecciosas e elevação de óbitos decorrentes de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), estão estabelecidas nos países

desenvolvidos e vêm ocorrendo progressivamente, nos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006(b)).

As DANT constituem, hoje, um enorme desafio para as políticas de saúde dos países em desenvolvimento. O relatório de 2002, publicado pela (OMS), sobre saúde no mundo relata que a mortalidade, a morbidade e as deficiências atribuíveis às doenças não-transmissíveis já representavam 60% de todas as mortes e 47% da carga global de doença, e, em 2020, estas deverão alcançar 73% e 60%, respectivamente. Destaca-se que 66% dos óbitos atribuíveis as DANT ocorrem em países em desenvolvimento, afetando indivíduos mais jovens do que os acometidos nos países desenvolvidos (WHO, 2002).

De acordo a OPAS (2003) e OMS(2003) de modo geral, alguns poucos fatores de risco (FR) são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das doenças não-transmissíveis, entre eles: HAS, DM, elevação dos níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo e sedentarismo. Mais recentemente, vem sendo enfatizado o risco decorrente da dieta inadequada (consumo inadequado das frutas e vegetais) e da atividade física praticada de forma inadequada .

Segundo Passero e Moreira (2003) “os indivíduos hipertensos, geralmente, têm aumento de peso corporal, associado a elevadas taxas de colesterol total e/ou triglicérides e glicemia”.

## **5.2 Epidemiologia**

A hipertensão arterial é considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Primeiro, por apresentar alta prevalência. Segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores (SERRANO et al, 2008).

A doença cardiovascular tem papel indiscutível na morbidade e mortalidade do mundo ocidental e fatores de risco que predispõem o desenvolvimento. Estes podem ser divididos em duas categorias: os modificáveis (ambientais e comportamentais ),como o tabagismo ,colesterol sérico elevado ,hipertensão arterial sistêmica ,inatividade física ,diabetes ,obesidade e estresse e os não modificáveis (genéticos e biológicos ),sendo estes :hereditariedade,sexo e idade .Os indivíduos

sedentários possuem maior chance de apresentar o fator de risco hipertensão arterial em comparação aos ativos (BERNARDO *et al.*, 2013).

Cerca de 30% da população adulta apresenta níveis de pressão arterial acima de 140/90 mmHg, porém riscos cardiovasculares começam a existir em níveis ainda menores. Os benefícios de se reduzir a pressão arterial foram inicialmente demonstrados após tratamento da hipertensão maligna por curtos períodos, e posteriormente, em todos os níveis de pressão arterial.

As mortes prematuras são causadas por doenças cardiovasculares em todo o mundo, sendo responsáveis por cerca de 17,3 milhões de óbitos anual, 31,3% de todos os casos sendo que 40% das mortes precoces ocorrem durante os anos mais produtivos de uma pessoa, antes dos 60 anos de idade (BRASIL, 2011).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas nos pais em um ano (BRASIL, 2011). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de cardiologia (São Paulo) mostram que 60% dessas vítimas são homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doença cardiovasculares (AVEZUM; WAJNGARTEN, 2013).

### **5.3 Ações de Controle da Hipertensão Arterial**

Segundo o fluxograma preconizado pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBC,2010) para a instituição da terapêutica anti-hipertensiva e a sua sequência até que as metas preconizadas para o controle da PA sejam atingidas. Com essas intervenções espera-se que a PA seja reduzida até valores que correspondem àqueles que se correlacionem com melhor prognóstico. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, e a formação de uma equipe multiprofissional proporcionará essa ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular. Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao

tratamento proposto com base no risco cardiovascular global. Para decisão terapêutica modificações de estilo de vida podem se refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe. Tem também impacto favorável nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravamento da hipertensão. Assim, deve ser indicado indiscriminadamente a todos, hipertensos ou não (SBO, 2010).

O seu controle depende de medidas farmacológicas ou não farmacológicas. As medidas não farmacológicas são indicadas indiscriminadamente aos hipertensos. Entre essas medidas estão a redução do consumo de álcool, o controle da obesidade, a dieta equilibrada, a prática regular de atividade física para a prevenção de complicações (OLIVEIRA, 2013).

De modo geral as dificuldades em mudar o estilo de vida e não seguir a prescrição medicamentosa são as duas maiores razões para a pouca adesão das pessoas ao tratamento e controle da HAS, apontando para fatores ligados ao paciente, ao provedor de cuidados e ao ambiente terapêutico (GUEDES *et al.*, 2011).

Levar uma vida saudável, manter o peso ideal, não ingerir bebidas alcoólicas, fazer exercícios, não fumar e adotar uma dieta balanceada, com consumo moderado de sal são atitudes preventivas. Também é recomendável que toda pessoa com mais de 40 anos faça medidas periódicas de pressão – sobretudo quem tem histórico de pressão alta na família – sempre sob orientação médica. (SBO, 2010).

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de doenças crônicas não transmissíveis, faz-se necessária uma normatização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde. Em algumas situações, haverá necessidade de uma consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária, devendo-se, nesses casos, ser estabelecida uma rede de referência e contra-referência. O sistema de referência e contra-referência um dos pontos importantes para viabilizar a implantação do SUS, uma vez que é a partir da sua estruturação que o encaminhamento de pacientes aos diversos níveis de atenção torna-se possível. Conseqüentemente haveria que ser discutida a integração entre os diferentes níveis, de modo que essa temática está intimamente ligada às questões de acessibilidade, universalidade e integralidade da assistência para garantir uma boa continuidade ao tratamento e os pacientes portadores de doenças

crônicas que são os pacientes que mais precisam do atendimento contínuo (ARAÚJO,1988).

#### **5.4 Tratamento**

O objetivo principal do tratamento anti-hipertensivo é prevenir a morbidade e reduzir a mortalidade cardiovascular associadas à hipertensão arterial sistêmica. A eficácia dos medicamentos anti-hipertensivos hoje disponíveis está bem determinada e é similar. O critério de escolha do medicamento deve ser de acordo com as características peculiares de cada paciente, doenças associadas, farmacocinética, farmacodinâmica, idade, fácil posologia dos medicamentos e custos. O tratamento não medicamentoso também reduz a pressão arterial, e se associado ao uso de medicamentos pode melhorar as suas eficácias. Para o tratamento da HAS deve se considerar, portanto: mudanças de estilo de vida ou tratamento não medicamentoso e a instituição de tratamento medicamentoso (SBO, 2010).

A mudança de estilo de vida, acompanhada do controle dos fatores de risco relacionados com a hipertensão arterial, é considerada como ponto primordial dentro do tratamento não medicamentoso do hipertenso, sendo o sedentarismo o fator mais evidenciado (LOPEZ; SILVA, 2001). Monteiro e Sobral Filho (2004) também afirmam que as taxas de problemas cardiovasculares e de mortalidade são maiores em indivíduos sedentários.

Estudos feitos por Lopez e Silva (2001) concluíram que indivíduos sedentários demonstraram um risco aumentado de 20 a 50% de manifestar a hipertensão do que indivíduos ativos. Já em relação à alimentação, Netto (2006) ressalta que nos últimos anos ocorreu um aumento no consumo de alimentos com alto teor de sal e gordura, corroborando para alterações hemodinâmicas no organismo, podendo assim ocorrer doenças metabólicas.

A HAS é doença de alta prevalência e determinante de alta morbidade e mortalidade se não adequadamente diagnosticada e apropriadamente tratada. O diagnóstico depende da medida correta da pressão arterial (PA) utilizando-se atualmente de métodos alternativos à medida convencional de consultório como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). Uma adequada estratificação do risco adicional ao valor da PA obtido é indispensável para uma planificação do tratamento

e o alcance das metas desejadas para cada grupo de indivíduos. Manter os pacientes sob tratamento é necessário e desejável para que os benefícios auferidos com o tratamento, medicamentoso e não medicamentoso, sejam obtidos

O tratamento da hipertensão arterial continuo e influenciado pelas condições financeiras, envolvendo compra de remédios e alimentos diferenciados, por tanto, o estilo de vida representa outra barreira a ser enfrentada nesta circunstância porque as pessoas adoecidas precisam praticar regularmente atividades físicas e modificar seus hábitos alimentares quanto ao teor de sal e de gordura. A adoção destas mudanças requer persistência e determinação (GUEDES *et al.*, 2011).

A abordagem no tratamento da HTA poderá ser medicamentosa ou não medicamentosa e depende de vários fatores tais como: evolução da doença, classificação dos fatores de risco, classificação da HTA, da combinação medicamentosa ou não medicamentosa. Após o conhecimento dos valores e das associações é que deverão ser instituídas metas preconizadas o mais precocemente possível o objetivo deve ser reduzir a mortalidade cardiovascular. São utilizadas tanto medidas não-farmacológicas isoladas como associadas a fármacos anti-hipertensivos. Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados devem promover a redução não só dos níveis tensionais como também a redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. O tratamento não medicamento visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmhg de pressão diastólica. Reduções da PA para níveis inferiores a 130/85 mmHg são recomendadas para situações específicas, como em pacientes de alto risco cardiovascular, principalmente com microalbuminúrica, insuficiência cardíaca, com comprometimento renal e na prevenção secundária de acidente vascular cerebral (SBO, 2010).

De acordo com Krinski *et al.* (2006) citado por Baldisseia, Carvalho e Pelloso (2009) o exercício físico foi apontado como uma das principais medidas não farmacológicas que contribui para a manutenção da saúde, prevenção de complicações e o controle da HAS, no entanto, se a pressão arterial continuar sendo maior 140/90mmhg apesar de três a seis meses de modificação no estilo de vida, deverá ser iniciada a terapia medica (ACSM, 2001).

Segundo Leite e Vasconcelos (2003) a adesão de modo geral, e compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses tempo

de tratamento, correspondendo a concordância entre a prescrição médica e a conduta do próprio paciente, uso de dieta e estilo de vida recomendados, entre outros.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **6.1 Identificações dos Problemas**

Apesar do pouco tempo de atividade no PSF João Zacarias do município São Miguel dos Campos, percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação a abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Para obter as informações, utilizamos a Estimativa Rápida como um método que contribui para a operacionalização dos princípios da equidade, da participação e da intersetorialidade, envolvendo à população na identificação das suas necessidades, além dos atores sociais, as autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, examinando os registros existentes, entrevistando informantes importantes e fazendo observações sobre as condições de vida dos grupos populacionais. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população;
- Elevada incidência de parasitismo intestinal;
- Rede coletora de esgoto sanitário insuficiente no município;
- Inadequado abastecimento de água para o consumo da população do município;
- Uso indiscriminado de antidepressivos e ansiolíticos.

### **6.2 Priorizações do Problema**

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional de minha área de abrangência, e tendo em conta a distribuição dos pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, e numerando os problemas por ordem de prioridade, a equipe escolheu priorizar a elevada prevalência de descompensações das doenças crônicas não transmissíveis na população.

### 6.3 Descrições do Problema

Doenças não transmissíveis como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido aos fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se torna mais crítico, tendo em conta que, por exemplo, de 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem que têm a doença. Isso significa que faleceram principalmente por complicações da diabetes.

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários de saúde.

Foram consideradas variáveis e indicador da frequência de fatores de risco associado ao desenvolvimento de descompensações de doenças crônicas não transmissíveis número de pacientes hipertensos, número de pacientes diabéticos, número de pacientes maiores de 60 anos com DCNT analfabetos, número de pacientes controlados, não adesão ao tratamento, e fatores de risco como: tabagismo, obesidade e dislipidemia). Os indicadores selecionados podem nos dar uma ideia da eficácia de ações que precisam ser feitas. Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na área da saúde.

### 6.4 Explicações do Problema

Dentro do Momento Explicativo, tratando a tentativa de explicação da realidade do problema e tendo em conta o alto impacto sobre os fatos que revelam sua existência e os sintomas que o manifestam (Vetor de Descrição do Problema); o centro prático de ação, ou seja, deve poder-se agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa; e o centro oportuno de ação política durante o período do plano, foram selecionados os “**nós críticos**” do problema prioritário: (Hábitos e estilos de vida inadequados, o baixo nível de conhecimento dos fatores de risco, a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde com predomínio do modelo assistencial), constituindo-se assim a Árvore do Problema. Preciso

ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso. Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado. Além disso, é necessário buscar maior qualidade da Atenção à Saúde, ou seja, maior capacidade dos serviços de saúde em responder de forma efetiva às necessidades de saúde, no momento em que as pessoas precisam, e a integralidade da atenção, que compreende promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social).

### 6.5 Identificação dos Nós Críticos

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 3 a 6.

**Quadro 3:** Hábitos e estilos de vida inadequados

<b>Operação</b>	Modificar estilos de vida inadequados
<b>Projeto</b>	<b>Vida saudável</b>
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir em 10 % o sedentarismo, as malas praticas de alimentação, o tabagismo e alcoolismo. Cobertura médica a 75% da população com hábitos tóxicos e estilos de vida inadequados.
<b>Produtos esperados</b>	Programa de saúde na rádio de São Miguel dos Campos Palestras aos grupos vulneráveis da população com doenças crônicas não transmissíveis
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Setor de comunicação social Secretário de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Econômico ou financeiro:</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos.

	<p><b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos</p> <p><b>Político:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p><b>Econômico ou financeiro</b></p> <p>Recursos audiovisuais e folhetos educativos.</p> <p><b>Político</b></p> <p>Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Controle do gestor da Secretaria de Saúde motivado pelo projeto de intervenção
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
<b>Responsáveis:</b>	Médico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início seis meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autoria Própria (2014).

**Quadro 4:** Baixo nível de conhecimento dos fatores de risco

<b>Operação</b>	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis.
-----------------	---

<b>Projeto</b>	<b>Aumente seu conhecimento</b>
<b>Resultados esperados</b>	População com doenças crônicas não transmissíveis com mais conhecimento sobre os riscos das complicações das mesmas.
<b>Produtos esperados</b>	Campanha educativa na rádio local do município. Campanhas educativas no jornal local. Trabalho sistemático com o grupo de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Perfeito municipal  Secretário Municipal de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	<b>Econômico ou financeiro:</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. <b>Cognitivo:</b> Sobre as estratégias de comunicação. Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos <b>Político:</b> Articulação intersetorial e mobilização social. <b>Organizacional:</b> Adequação de um espaço físico, recursos humanos (equipe de saúde da família, Núcleo de Apoio a Família) equipamento (recursos audiovisuais)
<b>Recursos críticos</b>	<b>Econômico ou financeiro</b> Recursos audiovisuais e folhetos educativos. Financiamento dos projetos. <b>Político</b> Articulação intersetorial e mobilização social. <b>Organizacional</b> Adequação de um espaço físico e equipamento (recursos audiovisuais).
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Controle do gestor da Secretaria de Saúde motivado pelo projeto de intervenção

<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
<b>Responsáveis:</b>	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em seis meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autoria Própria (2014).

#### **Quadro 5:** Estrutura deficiente dos serviços de saúde

<b>Operação</b>	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis
<b>Projeto</b>	<b>Melhor acompanhamento</b>
<b>Resultados esperados</b>	Assegurar a consulta especializada e garantir a contra-referência das mesmas Garantir exames previstos para 70% da população com doenças crônicas não transmissíveis Garantir os medicamentos aos 80 % da população com doenças crônicas não transmissíveis Garantir a permanência dos profissionais de saúde para atendimento continuado destes pacientes.
<b>Produtos esperados</b>	Exigir a contra-referência escrita dos especialistas. Capacitação sistemática dos profissionais de saúde. Contratação no município de profissionais especializados e médicos de PSF suficientes para conseguir o acompanhamento aos 75% da população em questão. Compra dos medicamentos para conseguir 80% de

	cobertura dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Perfeito municipal  Secretário Municipal de Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Políticos</b> Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. <b>Financiamento</b> para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir 80% de cobertura. <b>Cognitivo</b> Elaboração da adequação
<b>Recursos críticos</b>	<b>Políticos</b> Aumentar os recursos para melhor estruturação dos serviços de saúde. <b>Financiamento</b> Para a contratação dos profissionais especializados e médicos de PSF suficientes, e Compra dos medicamentos para conseguir 80% de cobertura.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Controle do gestor da Secretaria de Saúde motivado pelo projeto de intervenção
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o projeto de intervenção educativa.
<b>Responsáveis:</b>	Diretoria de Atenção Básica do Município Secretário de saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em três meses
<b>Gestão, acompanhamento e</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

<b>avaliação</b>	
------------------	--

Fonte::Autoria Própria(2014)

**Quadro 6:** Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família com predomínio do modelo assistencial

<b>Operação</b>	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado
<b>Projeto</b>	<b>Línea de cuidado</b>
<b>Resultados esperados</b>	Cobertura médica aos 75% de população com riscos de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis.
<b>Produtos esperados</b>	<p>Linha de cuidado para determinar pacientes com risco de desenvolver complicações das Doenças crônicas não transmissíveis.</p> <p>Protocolos implantados</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Gestão de linha de cuidado</p>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Secretário Municipal de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos</p> <p><b>Político:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p><b>Organizacional:</b> Adequação de fluxos de pesquisa e atendimento de pacientes com risco de complicações das Doenças crônicas não transmissíveis. (referencia e contra referências)</p>
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político:</b> Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Controla o gestor da secretaria de saúde motivado pelo projeto de intervenção
<b>Ação estratégica de</b>	Apresentar o projeto de intervenção educativa.

<b>motivação</b>	
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município Diretora de atenção Básica do município
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início em três meses
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente.

Fonte: Autoria Própria (2014).

## 6.6 Gestão do Plano

**Quadro 7:** Cronograma do Plano Operativo

<b>Projetos</b>	<b>Operações</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Monitoramento</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Vida saudável</b>	Modificar estilos de vida inadequados	Médico Enfermeira Núcleo de Apoio à Família.	Trimestral	2 anos após implementação
<b>Aumente seu conhecimento</b>	Aumentar o nível de conhecimento da população sobre os riscos das complicações das doenças crônicas não transmissíveis.	Médico Enfermeira Equipe de Saúde da Família.	Mensal	1 ano após implementação

<b>Melhor acompanhamento</b>	Melhorar a estrutura dos serviços para o acompanhamento dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis	Diretora de Atenção Básica do Município Secretário de saúde	Trimestral	1 ano após implementação
<b>Linha de cuidado</b>	Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Equipe de Saúde da Família Diretora de atenção Básica do município	Mensal	1 ano após implementação

**Fonte:** Autoria Própria (2014).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, alguns poucos fatores de risco são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das doenças não-transmissíveis, entre eles: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, elevação dos níveis de colesterol, sobrepeso e obesidade, tabagismo e sedentarismo.

Considerando todos os aspectos acima citados, propõe-se o seguimento associado dessas patologias na rede de atenção à saúde e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta destes fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

No que diz respeito à transcendência, A HAS tem sido a principal causa de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e outros agravos importantes, inclusive a própria morte. Outro fato que demonstra a gravidade da HAS é o seu curso silencioso, o que implica no atraso do início do tratamento, podendo levar a desfechos desfavoráveis. No tocante à vulnerabilidade, entre 60 a 80% dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas.

Basicamente, há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso. A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção de hipertensão e do manejo daqueles com HAS.

Com a finalidade de garantir a atenção integral ao portador de DM ou HAS, faz-se necessária uma normalização para acompanhamento, mesmo na unidade básica de saúde garantindo uma referência e contra-referência de qualidade nos pacientes com descompensações das doenças crônicas

A proposta de intervenção é viável no contexto de nossa equipe de saúde da família, podendo influenciar na qualidade de vida da população atendida. Este plano de ação abrange todas as operações a desenvolver para resolver o problema prioritário da população atendida no PSF João Zacarias.

- Garantir a acessibilidade universal a os serviços de saúde, resolvendo os problemas da população;

- Garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores;
- Acompanhamento de cada passo dos resultados das ações implementadas para garantir a qualidade de seu trabalho;
- Recomendamos realizar trabalhos nas comunidades, aplicando propostas de intervenção, tendo em conta a relevância dos mesmos para melhorar o conhecimento e modificar os estilos de vida;
- Garantir mediante estratégias o cumprimento das referências e contrarreferências no município.

## REFERENCIAS

- ARAÚJO, E. C. **A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde.** Salvador, 1988. 210 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal da Bahia.
- AVEZUM, A.; WAJNGARTEN, M. Como Melhorar o controle das Doenças cardiovasculares. **Revista SOCESP**, São Paulo, V.23, n02|Abril/Maio/Junho-2013.
- ACSM. American College of Sports Medicine. **Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição.** 4 ed .Rio de Janeiro ,Guanabara Koogan 704p.
- LÓPEZ, A. R. F; SILVA, F. C. M. Efeito fisiológico imediato da aula de uma atividade física na água, em mulheres com hipertensão arterial. EFD eportes.com, **Revista Digital.** Buenos Aires, 7(43), Diciembre 2001. <http://www.efdeportes.com/efd43/efeito.htm>.
- BALDISSEIA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaucha Enferm.** 30(1):27-32.2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **DATASUS.** Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/>>. Acessado em 13 de maio de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ministério da Saúde, **Caderno de Atenção Básica N° 37 - Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, hipertensão arterial sistêmica,** 2013.p.19-20.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006).
- BRASIL. Ministério da saúde.Secretaria – Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de saúde- PNS:2012-2015.** Ministério da Saúde Secretaria – Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília Ministério da Saúde, 2011.
- BERNARDO, A.F. B. Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovasculares em indivíduos de um programa de reabilitação cardíaca. **Revista brasileira de medicina do esporte.** Presidente Prudente, V.19,n.4,p231-235.2013..
- BOULWARE, E. *et al.* An Evidence-Based Review of Patient-Centered Behavioral Interventions for Hypertension, **Am J Prev Med** 2001;21(3):221–32..
- CIPULLO, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Revista de Sociedade Brasileira de Cardiologia.** v. 94. n.4, Abr 2010.
- COSTA, M. F. *et al.* Comportamento em saúde entre idosos hipertensos. **Revista de Saúde Pública.** v .43, supl. 2, abr 2009.
- CHOBANIAN, A. V. *et al.* The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: **the JNC 7 Report.** 289:2560-2572. PR. JAMA, 2003.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <[http://wwwnescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/planejamento e avaliação das ações de saúde/1030](http://wwwnescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/planejamento_e_avaliacao_dasacoes_de_saude/1030)> Acesso em: 6 junho. 2014.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. **Revista e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, 2008.

CHRISTOPOULOU, A. H.; PAPAVERAMIDOU, N. Diabetes as described by byzantine writers from the fourth to the ninth century AD: the graecoroman influence. **Diabetologia** 2008, 51:892-6.

FERREIRA, S. G. *et al.* Frequência de Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Brasil 2006. **Revista de Saúde Pública**. v. 43, supl 2, Nov. 2009.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. 2010; Supl. 1: 1-40.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.641-56.) disponível [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci_arttext).

GUEDES, M. V. C. *et al.* Barreiras ao tratamento da hipertensão. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEN**, Brasília, V.64, n.6, p.1038-1042.2011.

JARDIM, P. C. B. V. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. **Revista de Sociedade Brasileira de Cardiologia**. vol.88, n. 4, p. 452-457, 2007.

KRINSKI, E. L. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Digital(internet)**2006(citado2008 jul 10);10(93).

LIMA E COSTA, M. F. F. *et al.* Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS 2000**; 9(1):23-41.) disponível [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742006000100003&script=sci_arttext).

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão a terapêutica medicamentosa :elementos para a discussão de conceito e pressuposto adotado na literatura. **Cienc. saúde coletiva**,v.8,n.3,p.775-782,2003.

MARTINS, C.; LEITE, F. **Mudanças demográficas e saúde no Brasil** - dados disponíveis em 2008. IESS. 2008; 17:1-9. Disponível em:<[www.iess.org.br/html/TD0017fecundidadesaude.pdf](http://www.iess.org.br/html/TD0017fecundidadesaude.pdf)> Acesso em: 8 Janeiro. 2015.

MONTEIRO, M. de F; SOBRAL FILHO, D. C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Rev. Bras de Med do Esporte**. 10(6), Novembro/Dezembro2004.

Netto MP. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.2-12. Disponível em:<<http://www.ebah.com.br/content/ABAAApuYAL/estudo-velhice-no-seculo-xx-historico-definicao-campo-terminos-basicos>> Acesso em: 12 Janeiro. 2015.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, V.26,n.2,p.179-184.2013.

OPAS. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003.

OMS. **Prevention de las enfermedades crónicas**: una inversión vital – panorama general. Agence de Santé Publique du Canada. Disponível em [http://www.who.int/chp/chronic\\_disiase\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disiase_report/en/).

PASSERO, V.; MOREIRA, E. A. M. Estado nutricional de idosos e sua relação com a qualidade de vida. **Rev. Bras. Nut. Clín.** 2003, 18(1):1-7. Disponível em:< <http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 12 Junho. 2014.

PEREIRA, A. A. M. Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In Nobre F, Mion Júnior D. **Adesão ao tratamento: O grande desafio das doenças crônicas e da Hipertensão Arterial.** Editora Casa Leitura Médica, 2013. Páginas 35-43.

ROSARIO, T. M. *et al.* Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card.** 2009; 93: 672-8.

SERRANO, J. R. M. J. L. *et al.* Como Tratar. **Sociedade Brasileira de Cardiologia.** 2008;3;83-95.

SILVA, L. C. *et al.* A tool forma assesing TVE usefulness of prevalence done for surveillance purpose:the example of hypertension. **Revista Paramericana de Salud Pública.** v. 10, n. 3, p. 152-60, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão I,** 2010. Disponível.

[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)>. Acesso em 07 feb. 2015.

TOLEDO, M. M. Educação em Saúde no Enfrentamento da Hipertensão Arterial: Uma nova Optica para um velho Problema. **Revista Educação em Saúde** no Enfrentamento da Hipertensão Arterial. v. 16, n. 2, p. 233-228 Abr - Jun. 2007.

WHO. **The World Health Report 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Geneve, Switzerland: WHO,2002.